FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

FRANCIS THÉBAULT

Né le 22 mars 1894 à Dinan
Ancien interne pr. de l'Hôtel-Dieu de Rennes
Croix de guerre

Les Œdèmes de Striction volontaires

PENDANT LA GUERRE

Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	PIERRE DUVAL
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Bactériologie	BEZANÇON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Médico-Chirurgicale	CUNEO
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, ACHARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies infantiles	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CAMUS	LABBE (Henri)	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	
	LOEPER	ROUVIERE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON ÉPOUSE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DES CORDELIERS DE DINAN

A MES AMIS

A M. le Professeur JEANSELME

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il nous permette de l'en remercier bien sincèrement.

A M. le Professeur LE MONIET

Professeur de Clinique chirurgicale

à l'Ecole de Médecine de Rennes

En gage d'affectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE RENNES

MM. les Professeurs : BODIN.
DAYOT.
LE DAMANY.
MARQUIS.
HARDOUIN.
VÉRON.
CHEVREL.
LAUTIER.

A M. le Docteur M. CHIRAY et M. le Docteur E. ROGER, à qui nous devons l'idée de ce travail.

HISTORIQUE

En juillet 1915 une publication fut faite par MM. Léry, et Roger (1), appartenant aux centres neurologiques de la 10e Région, sur les œdèmes soi-disant traumatiques. Les deux auteurs apportaient cinq observations d'œdèmes de la main pour lesquels la simulation par striction avait pu être établie. Ils faisaient ressortir l'influence du pansement trop serré qui, en produisant un certain gonflement des tissus, avait souvent pour rôle de faire germer dans l'esprit du blessé l'idée de la manœuvre frauduleuse. Pour eux, on devait rapprocher de l'œdème par striction, bien des cas de gonflement des pieds, évacués sous l'étiquette de gelure. Ils indiquaient aussi un moyen de traitement consistant dans la pose d'un appareil plâtré prenant tout le membre jusqu'à sa racine et servant à la fois au diagnostic et à la cure.

(1) A. Leri et Roger, sur la pathogénie de certains œdèmes soi-disant traumatiques (communication à la *Société de Neurologie*, du 29. 7. 1915).

Les considérations émises par MM. Lery et Roger ont été reprises depuis, par nombre d'auteurs. Leurs idées sur le rôle des bandes molletières dans la production des simili-gelures, furent ultérieurement bien des fois confirmées par les faits et sanctionnées par des notes officielles, adressées aux unités en campagne.

Quelques jours auparavant, était parue une communication de Gilbert Ballet (1), sur les œdèmes associés aux contractures d'origine psychique. Cette communication est faite de l'histoire de deux malades, le premier atteint d'un œdème blanc de la main très accusé, le second d'un œdème du dos du pied. — L'auteur prétendait avoir surveillé ses deux malades et avoir acquis la preuve que la simulation n'était pas en jeu. Dans les deux cas, le malade avait été atteint d'abord de contracture survenue sous une influence complètement indéterminée, puis de cet œdème de cause également obscure. L'auteur terminait sa communication en mettant les médecins en garde « contre des généralisations hâtives », au sujet de la cause des œdèmes suspects.

Lebar (2) enfin, dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux*, datant de la même époque, raconte l'histoire d'un malade qui fut atteint deux jours après une blessure superficielle de l'avant-bras droit, d'un œdème considérable de la main. Cet œdème, que Lebar affirme n'être pas dû à une striction volontaire,

(1) Gilbert Ballet. Œdème blanc associé aux contractures d'origine psychique (communication à la *Société de Neurologie* du 1er. 7. 1915).

(2) Lebar, sur l'œdème hystérique (*Société médicale des hôpitaux*, séance du 30, 7, 1915.

céda à un traitement très simple (mouchetures) qui avait l'avantage d'être nouveau pour le malade, et de frapper fortement son imagination, l'auteur ayant affirmé à son patient qu'il s'agissait d'une méthode nouvelle et très puissante. Lebar conclut dans le cas rapporté à l'hystérie, et met en garde le médecin contre une confusion possible, avec l'œdème par striction.

Une étude d'ensemble de la question, fut publiée en 1916, par Sicard et Cantaloube (1), qui observèrent dix-sept cas de cette affection au centre de neurologie de la XV^e^ Région, sur des sujets malades depuis plusieurs mois, et même parfois depuis plus d'un an. La symptomatologie y est longuement décrite avec photographies à l'appui, ainsi que la marche des signes cliniques et fonctionnels. Les auteurs comparent ces œdèmes simulés avec les œdèmes de striction provoqués dans un but thérapeutique pour le traitement de certaines aéro-contractures. Le résultat des examens électriques des muscles, chimique, bactériologique et cytologique de la sérosité, est mentionné dans cet article qui nous aura été bien utile pour la rédaction de cette thèse.

Quelques considérations sur le traitement des œdèmes éléphantiasiques, parurent en octobre 1916 ; dues à Walther (2), cette communication peut s'appliquer à la

(1) Sicard et Cantaloube, les œdèmes de striction, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 24 mai 1916.

(2) Walther, le traitement d'un éléphantiasis du membre inférieur, par le drainage des réseaux lymphatiques sous-cutanés à l'aide des drains de caoutchouc perforés (*Société de chirurgie*, 11 10, 1916).

thérapeutique des œdèmes par striction. — Estor (1), de la XVI[e] Région publiait à la même époque, une étude sur le même sujet, où il préconisait le grand plâtre prenant tout le membre. Son collègue Jourdan (2), faisait paraître le même jour, l'observation d'un cas d'œdème provoqué du membre inférieur. — Sollier (3) de même, de la XIV[e] Région, apportait son concours à l'étude de la question.

L'année 1917 devait voir, avec la prolongation de la guerre et certains facteurs sur lesquels il vaut mieux jeter un voile, augmenter le nombre de ceux qui cherchaient à quitter le front. Aussi sur le sujet que nous envisageons, le nombre de communications aux différentes assemblées médicales, fut-il loin de diminuer.

La revue « *Paris Médical* » contient dans son numéro du 30 Juin 1917, un article de Mériel (4), dont l'auteur insiste sur certaines lésions de décalcification des os de la main et du pied, qu'il met sur le compte d'une névrite

(1) Estor. Traitement de certains trophœdèmes d'origine obscure. Réunion médico-chirurgicale de la XVI[e] Région, 7-10-16, (*Montp médical*, p. 407).

(2) Jourdan, un cas d'œdeme provoqué du membre inférieur, Réunion médico-chirurgicale de la XVI[e] Région, 7-10-16, (*Montp. médical*, p. 446).

(3) Sollier. Œdème simulé du membre inférieur (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale* de la XIV[e] Région, p. 13, juillet décembre 1916).

(4) Mériel (de Toulouse), les œdèmes éléphantiasiques des membres après les blessures de guerre, (*Paris médical*, n° 26, p. 534-540, 30 Juin 1917).

consécutive à la striction. On trouve aussi, dans cet article, la description extérieure des lésions, et Mériel préconise à son tour, la pose du grand plâtré, différentiel de l'œdème simulé.

Trois cas d'œdème simulé furent publiés par Marchand (1), qui lui aussi, après s'être plaint de la fréquence de ces œdèmes, conseille de les dépister et de les traiter par le même procédé de l'appareil plâtré.

Il en est de même de Merdel (2), qui en communiquait douze cas à l'*Académie de médecine*, dans sa séance du 30 Janvier 1917; Walther (3) continua pendant cette année, ses travaux sur le traitement de l'éléphantiasis des membres par le drainage permanent.

Sollier (4) insista à nouveau, sur la fréquence des œdèmes segmentaires, signalant la forme particulière de l'œdème, la présence d'un sillon constant et la disparition constante, quand le malade est étroitement surveillé.

Cependant Jumentré (5) apportait dans ce concert une note différente, rappelant qu'il existe des œdèmes non provoqués, se rapprochant des œdèmes hystériques, déjà mentionnés en 1915.

(1) Marchand. Trois cas d'œdème simulé du membre inférieur (*Lyon médical*, t. CXXVI, n° 7, juillet 1917).

(2) Merdel, les œdèmes éléphantiasiques des membres après les blessures de guerre (*Séance de l'Académie de Médecine*, du 30 Janvier 1917 ; *Presse Médicale* du 15 Février 1917).

(3) Walther, éléphantiasis du membre inférieur, (*Société de chirurgie* du 10 Janvier 1917, *Presse médicale* du 18 Janvier 1917).

(4) Sollier (*Revue neurologique* de 1917, 2e semestre).

(5) Jumentré. Réunion médico-chirurgicale de la XVIe Région, 10 Février 1917 (*Montp. médical*, p. 658).

Villaret (1) dans une courte communication, rappelait à la *Société de neurologie*, avec la fréquence de la lésion ses signes classiques et ses caractères distinctifs.

Pendant l'année 1917 également, les Italiens publièrent divers travaux intéressants : A. Mori (2) apportait 10 observations : 14 à la jambe gauche, une à la jambe droite et la dernière à la main gauche. — Ettore Greggio (3) publiait des cas d'œdème traumatique, dus à des contusions et à des strictions associées.

Enfin, avec la dernière année de guerre parurent les communications de Ménard, puis de Walther (4), qui exposa une fois de plus, à l'Académie de médecine, son traitement de l'éléphantiasis des membres, par le drainage à tubes perdus — de Gulio Segre (5), sur l'œdème dur traumatique du dos de la main, souvent dû pour l'auteur, à une auto-contusion après application d'un lien à la racine du membre.

(1) Villaret, communication sur les œdèmes typiques. (*Revue de neurologie* du 2e semestre 1917, p. 419).

(2) A. Mori, sur quelques affections provoquées des membres, considérées comme conséquences des traumatismes de guerre (*Réforma medica*, XXXIII, nº 11 et 12, p. 288 et 349, 17 et 24 mars 1917). *Revue neurologique*, mai-juin 1918, p. 452.

(3) Ettore Greggio, *Il Morgagni au* LIX, nº 9, p. 279, sept. 1917.

(4) Walther, nouvelle méthode de traitement de l'éléphantiasis des membres (*Académie de médecine*, 5 mars 1918), *Presse médicale*, 7. 3. 1918.

(5) Gulio Segre, œdème dur traumatique, du dos de la main — (*Il policlinio*, sezione chirurgica» au XXV, fasc. 3, p. 65, mars 1918) *Revue neurologique*, Décembre 1918.

Un article paru dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux, et signée de d'Œldsnitz, Boisseau et Ledoux (6), contient un procédé de diagnostic précieux des œdèmes provoqués. Nous terminerons cette nomenclature, en mentionnant une communication de Busacchi (7), parue en 1919, sur l'œdème dur auto-contusif.

(6) D'Œldsnitz, Boisseau et Ledoux : un signe de présomption des œdèmes provoqués, tiré de l'oscillométrie (*Société médicale des hôpitaux*, 22 mars 1918).

(7) A. Busacchi (Bologne), œdème dur auto-contusif et néoformations osseuses (*Bulletino delle scienze mediche*), Série IX, tome VII, fascicule 4, Avril 1919.

ÉTIOLOGIE

On a déjà écrit beaucoup sur la mentalité du combattant de la grande guerre et ce serait sortir de notre sujet que de nous y étendre longuement. Nous nous contenterons de dire qu'à notre avis, ce n'était pas au plus fort du combat que le désir de la simulation germait le plus fréquemment dans l'esprit du soldat. C'était de préférence pendant les périodes de repos, parfois longues, qui précédaient immédiatement les attaques, que le sentiment de la conservation poussait les hommes à essayer un moyen quelconque de fuir le danger prévu. Il y avait ainsi dans chaque bataillon un ou deux individus que l'on arrivait vite à connaître et qui, de bonne santé habituelle, devenaient des clients assidus de l'infirmerie, dès qu'un départ pour le front s'annonçait proche.

Si de l'unité combattante ces soldats passaient dans une formation sanitaire pour une blessure ou une maladie légère, ils devenaient facilement, pour peu que l'occasion s'en présente, des simulateurs. Il naissait en eux

le désir d'exploiter, de faire durer ce repos forcé, d'autant qu'il n'y avait plus pour eux le stimulant de la bataille et l'exemple constant des camarades, mais au contraire le tableau du confort relatif de l'arrière et la vue, toujours propre à les rendre jaloux, des camarades paraissant favorisés.

Si nous nous plaçons maintenant au point de vue particulier de la stiction volontaire, nous sommes obligé de dire que l'homme ainsi prédisposé, s'il avait été blessé, trouvait souvent dans les soins qu'il avait reçus, la première idée de la supercherie. Nous avons bien des fois remarqué au début de la guerre, combien étaient justes les observations que Leri et Roger (1) devaient publier un an plus tard sur le rôle des bandes de tarlatane amidonnées, qui en séchant, prennent la consistance du plâtre. Il en résulte que les « renversés » savants se sont transformés parfois en véritables « garrots » étranglant les tissus et produisant de l'œdème. Il suffit alors que le médecin semble s'intéresser ou seulement remarque quelque peu le trouble survenu et voilà sur un terrain favorable, l'idée de la simulation qui germe. Les deux auteurs que nous avons cités plus haut, insistent avec raison sur l'importance de ce facteur, et dans deux de leurs observations sur cinq, rapportent qu'aux dires du blessé, la compression par les bandes de tarlatane amidonnées fut à l'origine de l'œdème. D'autres malades ont trouvé l'occasion et l'idée de la striction dans un gonflement provoqué par la pose d'un appareil plâtré réducteur d'une fracture, ou d'une attelle ayant pour but de

(1) *Leri et Roger... loco citato.*

remédier à une position vicieuse d'un membre. MM. Leri et Roger citent plusieurs exemples où ces facteurs furent dénoncés par les malades.

Ce que nous venons de dire des bandes de tarlatane amidonnées, peut s'appliquer aux bandes molletières, et il est certain que beaucoup de soi-disant pieds gelés n'ont été au début que des œdèmes de striction produites par les bandes molletières humides et trop serrées. Dirons nous que ces œdèmes ont été volontaires ? Cela a pu évidemment être possible, mais dans une faible proportion.

Les artifices employés pour réaliser la striction furent assez peu variés ; le moyen habituel était la bande de toile, soit qu'elle fut appliquée serrée seulement d'un où de deux tours, soit au contraire que le malade s'en fit autour du membre, un véritable pansement compressif, ainsi que le montre une photographie que le lecteur trouvera plus loin. Certains individus vont jusqu'à placer une couche de coton au-dessous de la bande, pensant peut-être ainsi en masquer la trace (1), et même appliquent dans le même but une couche de vaseline. La bande de toile trouvée en possession d'un malade non blessé pouvant être le point de départ de soupçons, il est arrivé que les coupables utilisent simplement leur mouchoir de poche comme agent de striction (1) — Un artifice plus compliqué mais certes plus maladroit est celui cité par Ménard (2) et qui consiste dans l'emploi d'une bande de

(1) Sicard et Cantaloube, *loc. cit.*

(2) Ménard, *loc.*

caoutchouc souple. — Enfin certains sujets combinent la striction avec un mode de simulation plus ancien, déjà connue des médecins d'usine, et consistant dans l'auto-contusion. Nous croyons intéressant de rapporter ici un court passage de la publication de Mori (1) sur ce dernier mode de simulation : « il s'agit habituellement de « sujets jeunes, de moralité douteuse. La lésion survient « habituellement par « épidémie » lors de la cessation « du travail ou de grève... Tout traitement est vain : la « guérison ne survient qu'après la liquidation de la « pension... d'ailleurs voici d'après les aveux d'ouvriers, « la manière d'opérer : la main entourée d'un linge est « placée sur un plan résistant, et on frappe à petits coups « sur le dos de la main avec un objet rond et lisse (une « bouteille par exemple) pendant un temps plus ou moins « long, à diverses reprises, jusqu'à produire l'œdème. « D'abord il faut frapper pendant au moins un quart « d'heure et tous les jours, parce que l'œdème produit « disparait la nuit. Puis il est inutile de répéter la « manœuvre chaque jour, l'œdème persistant pendant « une huitaine de jours. Pour commencer, les battements « doivent être doux, puis quand la peau est « réchauffée », « ils peuvent être plus forts, la sensibilité étant dimi- « nuée. On peut se servir au lieu d'une bouteille, d'une « cuillère ou même du poing ».

L'attitude déclive peut enfin être utilisée comme un adjuvant à ces moyens divers. Estor (2) l'a mentionnée avec Sicard.

(1) Mori, *loc. cit.*

(2) Estor, *loc. cit.*

Le membre, siège de l'œdème, a souvent été atteint d'une blessure de guerre. Il est curieux de constater que celle-ci a généralement été très légère. Sicard (1) en cite trois cas : « chez l'un, blessure en séton de la face externe du bras ; chez un autre, blessure avec fêlure métacarpienne à droite ; chez le troisième, plaie en séton de l'avant-bras » — Pour Mériel (2) « c'est un fait tout particulier qu'il ne s'agit pas d'anciens fracturés, d'anciens phlébitiques, ni de cardio-rénaux, mais de blessés ayant été atteints légèrement par des fragments minuscules d'éclat d'obus, retirés d'ailleurs, par une brûlure légère des téguments, par une contusion, ou des fractures incomplètes, toutes causes qui ne devraient pas produire — si l'on compare certains de ces accidents analogues du temps de paix — une infiltration aussi volumineuse et aussi durable » — Cette blessure revêt toutes les modalités au point de vue du siège et de la date. C'est ainsi que Mériel (2) rapporte l'histoire d'un individu qui eut avant la guerre une légère blessure par coup de hache ; il s'en servait comme d'un prétexte pour expliquer un œdème énorme survenu en 1916.

Il y a même des cas où la simulation est entière et ne repose pas sur la moindre blessure. C'est ainsi que Mériel (3) a publié l'observation d'un blessé, pseudo-rhumatisme chronique tibio-tarsien, qui n'avait jamais été évacué jusqu'au jour où un œdème « douloureux » des deux jambes, le fit diriger sur un hôpital un mois après son arrivée dans l'infanterie. Cet œdème ne s'accompa-

(1) Sicard et Cantaloube, *loc. cit.*
(2) Mériel, *loc cit.*

gnant pas d'une lésion du cœur, des poumons ou des reins, on en suspecta la nature et la pose d'un appareil plâtré permit de reconnaître un œdème simulé.

Il semble que les œdèmes de striction s'observent aux deux membres, supérieur et inférieur, avec cependant une prédominance pour le premier. Mériel (1) a rapporté dans l'observation que nous avons citée plus haut un exemple d'œdème frappant les deux membres inférieurs. Par contre Leri et Roger (2) publient cinq observations sur cinq d'œdème de la main, Mériel (1) lui-même, 7 sur 11 et nous-même rapporterons cinq observations d'œdème du membre supérieur.

Il est intéressant de lire dans le récit des aveux que les malades ont consenti à faire, les détails de l'application des liens constricteurs. C'est ainsi que dans l'une des observations que l'on trouvera plus loin nous voyons que le blessé « s'étant aperçu que la main enflait sous « l'influence du froid, eut l'idée d'entretenir l'œdème pour « éviter le retour dans l'infanterie... Il a mis une bande « toutes les deux nuits autour du membre à partir du « 1er janvier 1917 jusqu'en mars ; puis toutes les nuits « depuis le mois de mars jusqu'au mois de juin ». Sicard et Cantaloube (3) s'expriment ainsi : « C'était peu de « temps après la blessure (trois ou quatre semaines) « que la striction avait été mise en œuvre. Un de nos « blessés se serrait les quatre ou cinq premiers jours

(1) Mériel, *loc. cit.*

(2) Léri et Roger, *loc. cit.*

(3) Sicard et Cantaloube, *loc. cit.*

« de la semaine ; un autre les 20 premiers jours du mois.
« Cette pratique était continuée ainsi régulièrement. Vers
« le sixième ou huitième mois de cette mise en œuvre
« frauduleuse, l'œdème persistait d'une façon constante,
« il suffisait alors, pour maintenir la distention œdéma-
« teuse de remettre le lien deux ou trois heures seulement
« durant le jour ou la nuit et de serrer relativement
« peu ». Parfois c'est un simple pansement placé le plus innocemment du monde au-dessus d'une plaie bénigne, mais dont les deux ou trois premiers tours de bande, très serrés, ont permis à la gêne circulatoire de favoriser l'apparition de l'œdème suspect.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une lésion est constante et fondamentale : c'est l'œdème des parties molles. Il s'y joint assez fréquemment de la décalcification osseuse et de la névrite. — Enfin on observe des troubles variés dont l'étude rentre aussi bien dans la symptomatologie que dans ce chapitre et que nous trouvons résumés dans un article d'Ettore Greggio (1). — Ils consistent dans des déformations des ongles, des troubles trophiques cutanés, de l'hypertrichose, la chute des poils et la cyanose de la peau.

« L'œdème des parties molles est une infiltration plus ou moins considérable, toujours segmentaire, occupant la main ou le pied, remontant sur l'avant-bras ou la jambe, variable dans sa consistance, parfois dur mais le plus souvent mou, dépressible, à peau luisante, amincie, refroidie, tantôt bleuâtre, tantôt blanche, (Mériel) (2). — Cette couleur blanche peut être attribuée,

(1) Ettore Greggio *loc. cit.*

(2) Mériel *loc. cit.*

d'après Sicard et Cantaloube (1) à l'infiltration du tégument par le liquide qui s'accumule au-dessous de lui, masquant le bleuté vasculaire. — La sérosité dont l'épanchement dans le tissu cellulaire constitue la lésion fondamentale a fait l'objet de la part des mêmes auteurs (1) de recherches bactériologiques, cytologiques et chimiques et le résultat de leurs recherches a été publié le 26 mai 1916 dans le *Bulletin de la Société médicale*. Les auteurs s'expriment ainsi « Dans quatre cas d'œdème provoqué frauduleusement par des blessés, nous avons entrepris des recherches bactériologiques entre le sixième et le quinzième mois de l'infiltration évolutive : nous avons recueilli aseptiquement dans la profondeur des téguments à l'aide de la seringue de Pravaz et par aspiration, un quart à un demi-centimètre cube de sérosité. Cette sérosité ensemencée en milieux aérobies s'est toujours montrée stérile. Nous avons également recherché la constitution chimique du même liquide et pour cela dans deux cas, à l'aide de piqûres à la pointe fine du thermocautère, pratiquées dans la masse œdémateuse du dos de la main, nous avons pu recueillir 15 à 20 centimètres cubes du liquide d'infiltration. Soumis à l'analyse chimique au point de vue des chlorures et de l'urée, ce liquide a montré une teneur de ces substances à peu près semblable à celle du plasma sanguin normal. C'est ainsi que nous avons obtenu des taux de chlorure correspondant à 8 grammes par litre, alors que le chlorure du plasma sanguin se maintient à 5 grammes. L'urée variait entre 30 et 35 centigrammes, alors que

(1) Sicard et Cantaloube *loc. cit.*

l'urée du sang est de 25 centigrammes en moyenne. — Au point de vue cytologique, nos recherches ont toujours montré l'absence de tout élément cellulaire. Cependant après centrifugation, on peut noter sur certaines préparations quelques lymphocytes en très petit nombre toujours. »

Les troubles de raréfaction osseuse ont été signalés par Mériel (1) dans son étude sur les œdèmes éléphantiasiques des membres. L'auteur fait de la décalcification, mise en évidence par la radiographie, une preuve des lésions névritiques dont il sera question un peu plus loin, et il compare cette lésion aux phénomènes qui se produisent dans la constitution du squelette, lors des blessures des nerfs périphériques.

Un auteur italien déjà cité, Ettore Greggio (2) a décrit la raréfaction osseuse dans l'œdème dur par contusion, bien souvent comparé à l'œdème de striction.

La névrite constitue la lésion la plus importante après l'œdème. Pour Mériel (1) il semble qu'elle soit secondaire à l'infiltration œdémateuse provoquée. Elle est la cause d'un grand nombre de symptômes que nous aurons à étudier par la suite et auxquels Sicard (3) consacre les lignes suivantes : « Tantôt il existe une anesthésie segmentaire à tous les modes. Tantôt au contraire, la sensibilité est normale ou fait place à une simple hypœsthésie. En règle générale il n'y a pas de douleurs, pas de paresthésies, pas de troubles de la sensibilité subjec-

(1) Mériel *loc. cit.*

(2) Ettore Greggio *loc. cit.*

(3) Sicard et Cantaloube *loc. cit.*

tive. L'excitabilité mécanique des petits muscles est toujours accrue : quant à l'excitabilité électrique, elle montre le plus souvent un certain degré d'hypoexcitabilité faradique et galvanique ». — La névrite cause également tous les troubles trophiques du côté de la peau et de ses annexes.

Quand nous aurons ajouté que ces lésions à la base desquelles on observe l'infiltration œdémateuse, évoluent en deux temps, d'abord pouvant rétrocéder, puis dans une deuxième période s'organisant et devenant définitives, avec formation de périarthrite (Sicard), prenant les simulateurs à leur propre piège, nous aurons dit à peu près ce que comporte ce chapitre de l'anatomie pathologique.

PATHOGÉNIE

L'infiltration lymphatique par suite de la distension du système circulatoire est à la base de l'anatomie pathologique. La rupture d'équilibre dans la dynamique circulatoire est de même le résumé de la pathogénie.

Walther (1) le démontre quand il traite l'éléphantiasis des membres par le drainage : « un tube est placé, dit-il, dans la couche profonde du tissu cellulaire sous-cutané. Il est introduit à ses deux extrémités sous l'aponévrose et fixé par un fil de lin à une lèvre de l'incision de l'aponévrose. Au-dessus il est entaillé d'un œil latéral ; la circulation lymphatique peut être ainsi rétablie dans le plan superficiel et dans les loges sous-aponévrotiques — la diminution progressive et rapide du membre après l'opération témoigne du rétablissement du cours de la lymphe » —. Cette citation est empruntée à une communication faite par Walther en 1918. Déjà en 1916 (2) et 1917 (3) cet auteur avait publié des travaux sur le même sujet.

(1) (2) (3) Walther *loc. cit.*

Nous verrons en traitant du diagnostic différentiel de l'œdème par striction que d'Eldsnitz, Boisseau et Ledoux (1) ont apporté un signe de présomption des œdèmes provoqués, tiré de l'oscillométrie. Sans vouloir anticiper sur les chapitres ultérieurs de cet ouvrage, nous ferons remarquer que le fait d'avoir observé lors d'œdèmes de striction volontaires, des modifications dans la pression artérielle, est tout à fait en faveur de la proposition que nous énoncions au début de ce chapitre.

Enfin, les résultats constamment favorables donnés par le repos du membre sous appareil plâtré (sauf à la période d'organisation), résultats que tous les auteurs ont obtenu et que nous signalerons nous-mêmes dans le chapitre suivant, sont nettement en faveur de l'hypothèse de troubles simplement dynamiques, sans sérieuses altérations vasculaires.

Les troubles trophiques que nous avons mentionnés : décalcification osseuse, déformations des ongles, troubles trophiques cutanés, hypertrichose, chute des poils, cyanose de la peau, apparaissent comme des conséquences naturelles de ces troubles dynamiques. L'infiltration œdémateuse a modifié la nutrition des tissus et amené de la névrite dont ils sont les suites ordinaires.

(1) D'Eldsnitz, Boisseau et Ledoux *loc. cit.*

SYMPTOMATOLOGIE

Nous sommes arrivé au chapitre le plus important de notre sujet. Les œdèmes de striction n'ont guère été étudiés qu'à ce point de vue, ce qui ne surprendra personne quand nous rappellerons qu'il s'agit d'un sujet surtout médico-militaire, où le but le plus important est de faire un diagnostic précis, afin de convaincre les simulateurs.

Nous ferons d'abord l'exposé des symptômes de l'œdème de striction, tels qu'ils ressortent de l'étude de la littérature médicale. Ensuite nous mettrons sous les yeux du lecteur quelques observations, en appuyant le cas échéant, sur quelque signe nouveau.

Les signes physiques. — L'apect général du membre est longuement décrit dans les articles de Sicard et Cantaloube (1), de Sollier (2), de Mériel (3), de Lévi et Ro-

(1) Sicard et Cantaloubè *loc. cit.*

(2) Sollier *loc. cit.*

(3) Mériel *loc. cit.*

ger (1). Les qualificatifs d'énorme (Mériel), de « monstrueusement éléphantiasique » (Lévi et Roger) et autres expressions analogues, traduisent l'impression générale qui ressort de l'étude de ces œdèmes : on sent, comme le dit Mériel, que le gonflement est factice, qu'il est « peu en rapport avec la nature et la gravité de la blessure. »

« Au membre supérieur, selon Sicard, on constate deux types principaux. Tantôt en effet, l'œdème est localisé à la main, s'arrêtant à peu près immédiatement au-dessûs du poignet. Tantôt au contraire, il envahit les trois segments du membre supérieur et remonte jusqu'à une ligne transversale axillo-brachiale.

« Les doigts sont boudinés, uniformément boudinés. La face dorsale, la paume de la main, participent à la distension séreuse. Dans les formes extrêmes, la main apparaît comme monstrueusement soufflée, en forme d'énorme battoir à rayons digitaux écartés.

« Quand le bras et l'avant-bras participent à l'infiltration, on peut remarquer la même uniformité œdémateuse, cependant avec deux zones prédominantes à la partie antérieure de l'avant-bras, et aux alentours de la région olécranienne.

« Nous avons fait les mêmes constatations pour les œdèmes des membres inférieurs. Ceux-ci restent limités soit au segment distal, soit à la jambe. Il est bien rare que la cuisse participe à l'infiltration œdémateuse ».

Mériel (2) s'exprime ainsi : « Je n'ai pu me défendre

(1) Léri et Roger *loc. cit.*

(2) Mériel, *loc. cit.*

d'un certain étonnement, en voyant venir devant les commissions, à Foix, où je siège comme expert, de tels sujets présentant aux mains ou aux pieds, une infiltration œdémateuse énorme, et aussi peu en rapport avec la nature et la gravité de la blessure.... On ne voit pas en effet, en temps ordinaire, après des brûlures légères, des contusions superficielles, voire même des fractures incomplètes du radius ou du péroné, des œdèmes aussi volumineux avec peau tendue et luisante ».

Un caractère très net et bien particulier à l'œdème de striction, est le suivant : quand on considère la partie inférieure des membres d'un cachectique, d'un cardiaque, ou d'un albuminurique, on éprouve une certaine difficulté à limiter la partie supérieure de l'œdème. Cela s'explique facilement si on réfléchit que la cause de l'infiltration séreuse est soit centrale, soit située lors d'une phlœbite, au niveau des veines iliaques. — Au contraire, si le système circulatoire (comme dans les cas qui nous occupent), est entièrement sain, dès que les tissus ne seront plus soumis à une compression locale, le cours du sang redeviendra normal, et l'effet disparaîtra avec la cause. C'est ce que l'on observe constamment dans l'œdème simulé : si monstrueux, si éléphantiasique que soit le gonflement du membre, on le voit toujours s'arrêter brusquement ; les auteurs sont unanimes à ce sujet : « cet œdème dit Mériel (1), quel que soit sa limite supérieure, se termine par un bourrelet net, au-delà duquel les tissus sont absolument sains ».

(1) Mériel, *loc. cit.*

— Sollier parle d'un sillon « toujours plus ou moins net sur lequel on peut s'appuyer, ainsi que sur quelques autres signes pour établir la nature de l'œdème de striction.

La distension au maximum de ses limites, du tissu cellulaire par la sérosité, ne va pas sans retentir sur l'attitude du membre. Nous avons déjà parlé avec Sicard, des mains en forme de « battoir monstrueux », à « rayons digitaux écartés ». — En fouillant la littérature médicale, nous avons observé des attitudes diverses anormales : « pied en demi-flexion, le blessé marchant sur le talon » (Mériel) (2), — doigts en demi flexion (Sicard, Mériel) — doigts fléchis dans la position du poing fermé — main contractée en flexion et en griffe (Leri et Roger) (3).

« La couleur de l'œdème, n'est pas habituellement cyanotique, mais blanchâtre ou plutôt blanc rosé. Il n'existe pas de circulation collatérale, parfois seulement un érythème de macération, avec léger suintement dans les plis interdigitaux ». — Ainsi s'expriment Sicard et Cantaloube (4), au sujet de la coloration des membres suspects. — On retrouve des termes analogues dans la plupart des extraits ayant trait au sujet, en particulier la fameuse expression de « main succulente », image qui dénote assez bien l'idée de la main à peau luisante, amincie, tantôt bleuâtre, tantôt blanche (Mériel) (2). —

(1) Sollier, *loc. cit.*

(2) Mériel, *loc. cit.*

(3) Leri et Roger, *loc. cit.*

(4) Sicard et Cantaloube, *loc. cit.*.

La peau est violacée, dans une observation de Lery et Roger.

Enfin la constatation d'un sillon de striction, qui s'observe toujours, à moins que le malade ait songé à interposer une couche de coton entre le membre et le lien, est un dernier signe fourni par l'inspection en faveur de la nature de la lésion. Cette particularité est très fréquemment notée par les auteurs. Le sillon est tantôt étroit, tantôt large, il est généralement plus accusé sur une partie de la circonférence du membre. Au-dessous de lui, les téguments sont œdématiés, au-dessus ils sont normaux.

Le développement énorme, « éléphantiasique », du membre, peut être mis en évidence par la mensuration qui a donné à Mériel (1) des résultats significatifs. Il a signalé des différences dans la périphérie du membre, allant de 5 à 9 cm. pour l'avant-bras, de 6 à 7 cm. pour le poignet et la main. Il est facile de se représenter la modification d'aspect, qui peut en résulter pour ces segments de membre, dont la circonférence va de 15 à 25 cm. — Pour le membre inférieur, la différence est encore plus grande, allant jusqu'à 13 cm. pour le mollet.

Si de l'inspection du membre malade, on passe à la palpation, on constate souvent une diminution de température du membre malade, par rapport au membre sain. « La température locale est légèrement abaissée par rapport au côté symétrique normal (Sicard) (2). — La peau est luisante, amincie, refroidie (Mériel) (1). —

(1) Mériel, *loc. cit.*
(2) Sicard et Cantaloube, *loc. cit.*

Il semble que ces deux auteurs aient voulu énoncer une loi constante, et pourtant la certitude de cette proposition ne paraît pas absolue, quand on relit la communication de Leri et E. Roger (1). Ceux-ci dans une observation bien curieuse, rapportent l'histoire d'un individu qui plutôt que d'avouer sa supercherie, préféra subir deux fois l'anesthésie générale (au risque de périr d'une syncope), pour être opéré d'un phlegmon supposé. — Malheureusement le détail qui nous intéresse ici, ne figure pas dans la communication. Il semblerait, ou que le chirurgien qui prit pour un phlegmon, un œdème de striction ait oublié la vieille formule : « tumeur, douleur; chaleur, rougeur » ; ou que cette fois la règle de la peau refroidie fut controuvée. Nous aimons mieux admettre que le blessé avait employé un moyen artificiel, pour élever la température du membre malade, en aval.

La consistance de l'œdème a donné lieu aussi à des conclusions analogues pour les divers auteurs : l'œdème n'est pas dur comme les œdèmes cardio-rénaux, mais mou, dépressible, la peau est soufflée, boudinée, et l'on peut facilement par la palpation arriver jusqu'aux parties osseuses sous-jacentes (Sicard, Mériel). La pression produit très facilement le godet d'œdème, mais celui-ci persiste peu.

Les troubles de la sensibilité objective sont des plus variables. Tantôt il s'agit d'une anesthésie segmentaire à tous les modes, tantôt au contraire, la sensibilité est normale, ou fait place à une simple hypoesthésie

(1) Leri et Roger, *loc. cit.*

(Sicard) (1). Mériel (2) signale des cas d'hyperesthésie et Leri et Roger (3), l'hypoesthésie de la zone du cubital.

Enfin l'œdème s'accompagne de troubles variés, que l'on peut mettre en partie sur le compte de la névrite ; après avoir produit la raréfaction osseuse dont nous avons parlé au chapitre de l'anatomie pathologique, elle donne lieu à des symptômes du côté de :

a) L'excitabilité électrique des muscles : on observe le plus souvent, un certain degré d'hypoexcitabilité faradique et galvanique (Dr Gastaud) — mais ajoute Sicard, les résultats sont troublés par l'infiltration œdémateuse, qui ne permet qu'une exploration indirecte du membre ; et d'autre part la différence de température peut amener aussi une hypoexcitabilité (Bourguignon).

b) Quant aux réflexes musculaires, ils seraient pour Sicard nettement exagérés, aussi bien pour le membre supérieur que pour le membre inférieur. Sicard et Cantaloube (1), rapportant d'autre part une communication de MM. Guillain et Barré, s'expriment ainsi : « MM. Guillain et Barré ont signalé récemment l'existence d'un réflexe médio-plantaire. En même temps que les réflexes pedo-dorsaux, sur lesquels nous attirions l'attention, nous avions également constaté l'existence de réflexes plantaires ; réflexes neuro-musculaires

(1) Sicard et Cantaloube, *loc. cit.*

(2) Mériel, *loc. cit.*

(3) Leri et Roger, *loc. cit.*

et réflexe tendino-musculaire, et si nous n'en avions parlé incidemment que dans un de nos rapports, c'est que la recherche des réflexes neuro-musculaires de la plante (nerf sciatique, poplité interne) est utilement suppléée, par celle des réflexes musculaires des inter-osseux dorsaux, tributaires du même nerf. Les pedo-dorsaux musculaires sont plus facilement mis en évidence que les planto-musculaires. D'autre part, le réflexe médio-plantaire nous avait toujours apparu comme le corollaire fidèle du réflexe tendineux achilléen.

Il nous reste a faire mention de troubles trophiques divers, complétant l'impression d'un membre éléphantiasique : peau sèche, infiltrée (surtout au bout d'un certain temps quand l'œdème s'est organisé) épaissie (Léri et Roger). On peut y joindre les déformations unguéales, la chute des poils et la cyanose de la peau déjà mentionnée.

Symptômes. — Ils sont réduits au minimum et d'ailleurs puisqu'il s'agit de simulation, on doit accueillir à ce sujet les déclarations des blessés avec réserve.

« En règle générale il n'y a pas de douleurs, pas de paresthésies, pas de troubles de la sensibilité subjective. » Cet avis de Sicard semble la conclusion logique de la question, car dans les observations rapportées par les auteurs, il n'est pas question de douleurs vives. Seule, parmi celles que nous avons sous les yeux, la première observation de Leri et Roger pourrait porter au doute, le malade ayant subi deux interventions chirurgicales « phlegmon de l'avant-bras ».

Si nous mentionnons enfin qu'il existe toujours une certaine impotence fonctionnelle, nous en aurons fini avec le résumé de la symptomatologie tel qu'il nous paraît ressortir de l'étude des auteurs. « Cette impotence paraît à peu près nulle pour le coude et le poignet, mais il n'en est pas de même dans le type cheiro-digital, où la flexion et l'extension des doigts sont très limitées (Sicard). — Leri et Roger publient dans la troisième de leurs observations que « les mouvements actifs des doigts sont à peu près nuls et que les mouvements passifs existent au prix de vives douleurs ». — En résumé, il paraît établi que ces troubles fonctionnels sont maxima au niveau des extrémités. Quant *aux symptômes généraux,* ils sont nuls et nulle part on ne les trouve mentionnés. Cette absence de lésion cardiaque ou rénale est de premier ordre pour le diagnostic, ainsi que la localisation de l'œdème à un segment du membre.

OBSERVATIONS

Obs. I. — M...,, Blessé le 30 avril 1916, à Cumières. par éclat d'obus.

Le malade se présente à la consultation le 19 janvier 1917. On note au membre supérieur droit une cicatrice de blessure par éclat d'obus longue de onze centimètres environ du côté externe du coude. D'après les dires du blessé cette cicatrice aurait été prolongée chirurgicalement pour permettre une ligature de l'artère radiale. — Le médecin consultant a recherché malgré cette affirmation le pouls radial et a cru le sentir. — Le malade présente une deuxième cicatrice sur le côté interne du poignet. au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus.

La main était œdématiée, violacée, avec les doigts boudinés et les ongles déformés. — La motilité passive était très limitée au poignet pour l'extension, et aux doigts pour tous les mouvements. Les doigts étaient en flexion légère de leurs trois phalanges. — La motilité active était très réduite pour tous les mouvements de la main et des doigts. — L'atrophie, peu accentuée, était globale. — Le réflexe radial était normal.

Un deuxième examen pratiqué le 24 mars après entrée du blessé au Centre neurologique ne permet de constater aucune modification notable de l'état ci-dessus.

L'électrodiagnostic est pratiqué le 6 avril 1917 : aucune réaction de dégénérescence dans aucun domaine : les chronaxies sont normales pour le cubital et pour le médian à l'avant-bras, mais elles sont un peu élevées dans le thénar et dans le domaine radial sauf le long supinateur, la modification restant d'ailleurs de l'ordre de celles que l'on trouve dans les atrophies réflexes. — A ce moment il semble que le pouls radial ne soit pas perçu nettement.

Interrogé sur le début de ces accidents, le blessé les fait remonter au moment de la blessure. Il prétend qu'on lui posa à ce moment un garrot motivé par la menace d'une hémorrhagie. Il déclare avoir souffert pendant la première semaine et avoir présenté une température allant jusqu'à 40°.

L'aspect de la main est toujours le même que le 19 janvier, les doigts restent fléchis mais il semble que l'obstacle à l'extension soit plutôt articulaire que tendineux : il ne s'agit pas de rétraction véritable des tendons. — On constate que la consistance des tissus varie assez brusquement à l'union des deux tiers inférieur et moyen de l'avant-bras, puis une anesthésie segmentaire remontant jusqu'au coude. La pression au Pachon est de 8 1/2 — 16 et le dossier reste muet sur la ligature de l'artère radiale.

Le malade reste dans cet état, sans modifications, pendant deux mois, puis on finit par découvrir la supercherie. Le 14 janvier, en effet, on s'aperçoit qu'il existe une différence de température entre le bras et l'avant-bras droits. Le bras est froid, l'avant-bras chaud, plus chaud que l'avant-bras gauche dont la température est la même que celle du bras gauche. — On voit en outre en différentes places, particulièrement à la hauteur de l'aisselle, des traces suspectes, analogues à celles que pourrait laisser un lien. — Le membre est animé d'un tremblement évident.

Dans le but de tirer l'affaire au clair, on laisse croire au blessé qu'il ne sera examiné que dans plusieurs semaines. Puis le lendemain, appelé à l'improviste, il est constaté des marques

évidentes d'une striction artificielle. Ainsi pris en flagrant délit, M.... avoue : Il résulte de son aveu qu'après s'être aperçu vers le 1er janvier 1917 que la main enflait sous l'influence du froid, il eut l'idée d'entretenir l'œdème pour éviter le retour dans l'infanterie. Pour cela, il a mis une bande autour du membre toutes les deux nuits à partir du 1er janvier, puis toutes les nuits à partir de mars 1917. (V. photographies p. 39.)

Un nouvel examen électrique pratiqué confirme les résultats fournis par le premier. Le procédé de la chronaxie décèle quelques petites variations qu'on peut mettre sur le compte des modifications de la température musculaire, qui dépend elle-même des troubles circulatoires.

Le malade est alors radiographié et on constate la présence de corps étrangers métalliques disséminés dans l'avant-bras.

Il est alors soumis au massage et à la mobilisation, traitement interrompu par une poussée de lymphangite qui dure du 14 juillet au 25 août. Le traitement est repris jusqu'au mois d'octobre, et devant la faiblesse des résultats obtenus, l'opération de Leriche est décidée. — (L'état du malade s'est à ce moment un peu modifié, en particulier on constate l'abaissement de température de l'avant-bras droit).

Le malade est opéré le 2 Novembre 1917 : on extirpe la gaîne de l'artère humérale sur une longueur de 8 à 9 cm., au bras. — En faisant cette intervention on a la surprise de trouver entre l'artère et la veine collatérale interne un projectile de 1 cm. resté ignoré.

Il est extrait et l'opération est suivie dans les vingt-quatre heures d'une amélioration notable.

Le 24 novembre 1917, une deuxième intervention est pratiquée, consistant dans le drainage filiforme de la main.

Finalement ces deux interventions restent à peu près sans résultat. La mobilité active est presque nulle, un peu plus accusée cependant pour le pouce. Le relèvement de la main s'arrête à l'horizontale.

M.... quitte l'hôpital le 15 février 1918 et sa feuille d'évacuation porte :

« Contracture ischémique partiellement provoquée des doigts de la main droite, avec œdématiation des tissus. Etat définitif malgré suppression de la ligature et interventions chirurgicales multiples. Deux facteurs empêchent de traiter M.... comme un simulateur vulgaire :

1° La présence d'une blessure antérieure dont le rôle dans la genèse des accidents ne peut être démontrée négligeable.

2° La présence d'un éclat d'obus dans la gaîne de l'artère.

*
* *

Ce qui fait le grand intérêt de l'observation qui précède est que le soldat M.... n'est pas, comme le fait ressortir sa feuille d'évacuation, un simple simulateur. La présence d'un éclat d'obus dans la gaîne de l'artère humérale, la ligature de l'artère radiale, restée dans le doute, les douleurs vives et la température qu'il prétend avoir subies montant jusqu'à 40°, en font un malade fort complexe.

Un fait reste acquis, c'est que cet homme a exercé des manœuvres frauduleuses. Il reste donc à se demander si en l'absence de ces manœuvres, la lésion telle que l'observation la décrit, et telle que les photographies la montrent, ont pu se constituer. Pour la favoriser, on peut compter soit sur des troubles nerveux, soit sur des troubles vasculaires.

A priori nous éliminerons les troubles (1). Les deux examens électriques pratiqués avec le soin que le docteur Bourguignon apporte à ce genre de recherches, sont formels sur ce point : Il n'y a aucune trace de dégénérescence wallérienne, seulement

(1) Nerveux du côté des gros troncs périphériques (médian cubital et radial).

de légères modifications de la chronaxie qui peuvent être mis sur le compte des troubles circulatoires (1).

Peut-on mettre entièrement cet œdème sur le compte des lésions vasculaires ? Il semble également que là aussi ce serait aller trop loin, car même si on admet une ligature de la radiale et une gêne circulatoire dans le tronc de l'humérale, il n'en reste pas moins vrai que la pression au Pachon, qui est de 8-16, n'est guère en rapport avec un tel œdème de stase,

Nous pourrons donc conclure, comme le Médecin chef du Centre neurologique, que le soldat M..... est atteint d'une affection partiellement provoquée.

Nous pouvons encore tirer profit de l'observation du soldat M..... On y trouve plusieurs des signes décrits par les auteurs : la consistance des tissus qui varie brusquement à l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen de l'avant-bras — l'avant-bras tantôt plus chaud, tantôt plus froid que le bras. (Pour expliquer ces variations il est probable qu'on doive invoquer des moyens artificiels : l'anesthésie segmentaire). — On voit aussi mentionné le sillon de striction et un signe dont nous n'avons pas parlé, le tremblement intermittent.

Enfin il n'est pas sans intérêt de lire que le soldat M..... a été pris à son propre piège et que, malgré massage, mobilisation et deux interventions chirurgicales il est resté un infirme de la striction volontaire.

Obs. II. — D..... classe 1903, entré le 17 juin 1916 ; sorti le 29 août 1917, évacué à Ste Menehould le 28 novembre 1915.

Venu à la consultation le 24 avril 1916, le blessé raconte qu'en se réveillant un matin il s'aperçut qu'il avait une parésie du

(1) Mais si ces troubles nerveux doivent être éliminés, il n'en est pas moins vrai que la présence d'un corps étranger dans la gaîne de l'humérale, permet l'hypothèse de troubles sympathiques qui auraient pu rendre compte de la contracture en griffe

membre supérieur droit avec œdème à la main. Il présente actuellement un œdème de la main très considérable s'arrêtant brusquement au poignet. — On constate en l'examinant une impotence fonctionnelle notable des doigts et de la main, et une anesthésie segmentaire. — Les réflexes paraissent égaux aux deux membres supérieurs.

Le malade entre à l'hôpital le 17 juin ; il présente un œdème notable de la main sans changement de coloration. L'impotence fonctionnelle paraît varier suivant les diverses heures de la journée. On le surveille attentivement et on constate que le matin du 20 juin il n'y a qu'un très faible œdème de la main (interrogé le malade explique que la main désenfle la nuit). — Il n'y a pas de points douloureux et aucun signe objectif — sur le bord cubital du poignet un examen attentif permet de découvrir un sillon. — Le lendemain soir le gonflement est devenu très notable.

On pratique alors un examen électrique, le 20 juillet 1916 : les conclusions en sont les suivantes : réactions normales dans tous les domaines. — Un deuxième examen pratiqué le 14 septembre confirme les conclusions du premier.

Le membre malade est alors enfermé le 2 novembre dans un appareil plâtré immobilisant complètement la main relevé vers l'épaule gauche et le membre supérieur droit tout entier. — A l'enlèvement du plâtre le 30 novembre on constate que l'œdème de la main a disparu sauf pour les doigts qui restent boudinés.

Le malade est traité par le massage et la mobilisation qui amènent la *guérison*.

Obs. III. — T...., évacué le 13 octobre 1915 à Traveu.

Le malade entre à l'hôpital porteur des renseignements suivants : fracture du poignet droit plusieurs mois avant la guerre ; main droite tuméfiée, en griffe, douloureuse. — troubles moteurs, sensitifs, et trophiques.

Examiné le 3 juin 1915, T.... se présente avec une main contracturée en flexion et un gros œdème du dos de la main, mou

et blanc. A première vue il paraît suspect et rappelle un œdème produit artificiellement. Les traces d'une compression sont recherchées et on trouve au milieu du bras deux petits sillons rappelant les marques produites par un tricot de laine pressé sur la peau par une cause extérieure. — La contracture cède en grande partie à un faible effort, mais il est impossible d'étendre complètement les doigts. Le malade peut alors ébaucher quelques mouvements de flexion et d'extension.

Devant ces présomptions, on décide après quelque temps d'observation, de mettre le membre dans un appareil plâtré. Celui-ci est appliqué le 20 août 1915 et au bout d'une dizaine de jours on constate en l'enlevant qu'une amélioration considérable s'est produite. — Le malade est alors traité par le massage et la mobilisation et on obtient la guérison des accidents.

Obs. IV. — T...., blessé le 26 Octobre 1914.

Le malade a reçu à cette date un éclat d'obus qui a pénétré sur le bord cubital droit et qui a été extrait un mois plus tard par le chirurgien. — Examiné à son entrée, le 20 avril 1915, il présente un empâtement mollasse de la main et des doigts dans lequel, à la face dorsale, la pression laisse facilement des godets. Les doigts vont en divergeant de la racine vers l'extrémité. Aucun mouvement n'est possible : seul le pouce peut esquisser un mouvement de flexion. La main est presque continuellement animée d'un tremblement qui s'étend parfois jusqu'à l'avant-bras. Il n'y a aucune anesthésie.

On constate que le gonflement diminue d'intensité suivant les circonstances où l'examen est pratiqué, en particulier quand le blessé est pris à l'improviste, l'œdème disparaît parfois presque complètement. Ces constatations ayant donné l'éveil, un appareil plâtré est appliqué, et le résultat est conforme aux prévisions. L'appareil placé le 19 mai 1915 est enlevé dix jours après et on commence le massage et la mobilisation. — Les résultats de ce traitement sont imparfaits et 3 mois après, il per-

siste encore de l'œdème aux deux dernières phalanges des doigts.

Obs. V. — B...., blessé le 22 août 1914 à Charleroi.

Le malade a été atteint au niveau de l'avant-bras droit d'une balle qui est entrée au-dessus du milieu de l'avant-bras sur la face postero-externe et sortie au même niveau à la face interne. Il se présente à l'entrée à l'hôpital le 4 mai 1915 avec un volumineux œdème de tout l'avant-bras s'arrêtant brusquement au-dessus du coude. Cet œdème est dur, de consistance élastique, particulièrement au niveau de la paume de la main. L'empreinte du doigt ne persiste que quelques instants. La peau est atteinte de desquamation et elle est d'aspect écailleux, surtout au niveau de la paume de la main. L'aspect du membre est exactement celui d'un membre atteint d'éléphantiasis.

La main est en extension sur l'avant-bras, les doigts fléchis dans la position du poing fermé. Au-dessus de la zone d'œdème et surtout au niveau de la face antérieure et de la face interne, on observe une ecchymose linéaire ; vers la partie postérieure de la face interne il y a une zone ecchymotique plus large et plus atténuée. L'œdème disparaît brusquement au point où commence cette zone.

Les soupçons sont éveillés par cet ensemble de symptômes et on place le 18 mai 1915 un appareil plâtré qui est retiré quinze jours après. La disparition partielle de l'œdème ayant confirmé les présomptions, le membre est soumis au massage et à la mobilisation. Les résultats en sont très imparfaits, le malade à sa sortie, le 23 septembre 1915, présente une véritable contracture de l'avant-bras et une main « en bénitier ».

*
* *

Les quatre dernières observations sont le tableau banal de l'œdème de striction. On y trouve quelques signes

particuliers, l'anesthésie segmentaire, et le tremblement y font une réapparition.

Elles sont surtout une nouvelle démonstration de l'utilité de l'appareil plâtré, pour le diagnostic et pour le traitement.

DIAGNOSTIC

Nous diviserons ce chapitre en deux parties :

1° L'énumération des signes qui permettent de penser qu'un œdème peut-être provoqué.

2° Le diagnostic différentiel.

I

Les éléments de diagnostic sont faciles à retrouver d'après les pages qui précèdent.

On se rappellera que ces lésions s'observent très souvent sur des membres blessés, mais blessés légèrement et nous pourrons avec Mériel (1) énoncer comme premier élément de diagnostic la disproportion évidente entre l'importance de l'œdème et la gravité de la blessure. Pareil antécédent figure dans

(1) Mériel, *loc. cit.*

4 cas sur 5 que nous avons rapportés ; et seul d'entre eux quatre, le soldat M... a reçu une blessure assez sérieuse pour laisser place au doute.

La limite supérieure très nette de l'œdème, la présence d'un bourrelet à la partie supérieure et les traces de stiction, signes sur lesquels nous avons longuement insisté au chapitre de la symptomatologie sont mentionnés par tous les auteurs comme de précieux éléments pour le diagnostic. Nous les avons d'ailleurs rencontrés dans la plupart des observations que nous avons rapportées, et ils ont été les causes principales de la découverte de la supercherie : c'est ainsi que nous lisons dans l'observation I : en différentes places sur le membre supérieur droit, en particulier à hauteur de l'aisselle, traces suspectes que pourrait laisser un lien — Dans l'observation II, nous lisons qu'on observe « un œdème de la main très considérable s'arrêtant brusquement au poignet. Le malade de l'observation III présente au milieu du bras deux petits sillons « comme si son tricot s'était imprimé sur la peau, pressé par une strieture extérieure » — Enfin dans l'observation IV, l'œdème s'arrête « brusquement au-dessus du coude »,

L'aspect extérieur de l'œdème, les membres « succulents » à gonflement mollasse, dont les téguments se dépriment facilement jusqu'au squelette, les diverses attitudes déjà décrites et aussi l'absence d'une lésion organique pouvant expliquer l'œdème observé, autoriseront également à penser à la simulation. La découverte de l'agent de striction viendra alors confirmer ces présomptions.

*
* *

Un moyen très simple et qui paraît vraiment très efficace pour la vérification de la supercherie, est l'application d'un appareil plâtré prenant tout le membre jusqu'à sa racine ; cet appareil est laissé en moyenne une quinzaine de jours. L'emploi de l'immobilisation plâtrée se retrouve à chaque pas dans la bibliographie des œdèmes de striction : Marchand (1) met le membre (membre inférieur) dans une gouttière de fer remontant jusqu'à l'aine et qu'on entoure de bandes de tarlatane plâtrées. Le plâtre peut être enlevé parfois au bout de 24 heures; le plus souvent il est préférable de le laisser pendant 8 jours. — « Merdel (2) déclare que l'application d'un appareil plâtré lui a permis de faire la preuve de la simulation et de rectifier des propositions de réforme n° 1 ». — Il en est de même pour Estor (3), pour Sicard et Cantaloube (4), et aussi pour Mériel (5) qui s'exprime en ces termes : « l'appareillage plâtré a l'avantage de solutionner la question sans que le malade coure de risques et soit fondé à s'y opposer. Anssi faut-il y recourir avant de parler de réforme prématurément, devant des sujets qui la désirent, toutes les fois qu'on aura des raisons de soupçonner un œdème provoqué. S'il y a eu erreur de diagnostic, le procédé sera sans

(1) Marchand. *loc. cit.*
(2) Merdel, *loc. cit.*
(3) Estor, *loc. cit.*
(4) Sicard et Cantaloube *loc. cit.*
(5) Mériel, *loc. cit.*

inconvénient pour l'intéressé ». — Enfin Leri et Roger (1) vantent les avantages de cette méthode qui permet de « dégonfler comme une outre les membre les plus monstrueusement éléphantiasés ».

Dans les observations que nous avons rapportées, le rôle de l'appareil plâtré est également, bien mis en évidence, pour la différenciation de l'œdème simulé et des affections similaires. Il suffira au lecteur de relire les quatre dernières observations que nous avons publiées pour être convaincu de l'utilité de ce moyen de diagnotic.

*
* *

Nous croyons le moment venu de rappeler un article paru dans le *Bulletin de la Société médicale* du 22 mars 1918, sous la signature de d'Œldsnitz, Boisseau et Ledoux (2). Ces auteurs crurent trouver dans l'oscillométrie un signe de présomption des œdèmes provoqués.

... « Nos recherches, disent-ils, ont porté spécialement sur les œdèmes localisés aux extrémités, et plus particulièrement au membre supérieur. Chaque fois nous avons mesuré et noté le chiffre de la plus grande amplitute oscillatoire artérielle, soit au poignet, soit au cou-de-pied. En même temps nous comparions la température locale du côté sain et du côté malade. Nous avons été frappés des variations considérables et fréquentes

(1) Leri et Roger, *loc. cit.*

(2) D'Œldsnitz, Boisseau et Ledoux, *loc. cit.*

survenant dans une même journée, sous l'influence des périodes digestives, de l'exercice musculaire, de la position du sujet, de la température ambiante. Nous nous sommes efforcés de faire nos examens dans des conditions rigoureusement comparables : le matin à jeun, après repos dans le decubitus dorsal, dans une chambre de température habituellement semblable. Nos examens ont été faits avec l'oscillométre de Pachon comparativement chez des sujets sains dans des œdèmes supposés spontanés. Ensuite nous avons confirmé nos diagnostics par des épreuves de certitude : ainsi nous avons pu interpréter les résultats de nos examens oscillométriques... »

Après avoir longuement exposé les résultats obtenus suivant cette méthode dans les cas d'œdèmes suspects, puis dans les cas d'œdèmes supposés spontanés, ces auteurs concluent de la facon suivante :

« En résumé, il existe habituellement dans les cas d'œdème provoqué, une tendance à l'amplification des oscillations artérielles du côté de l'œdème, par rapport au côté sain. Cette macrosphygmie est variable suivant les cas, suivant les périodes d'observation, suivant le volume de l'œdème. Elle semble en rapport avec le fait de manœuvres frauduleuses récentes, car son apparition a pu être nettement constatée dans les périodes intermédiaires à des strictions intermittentes. Pareille constation ne donne pas une certitude : réalisant tout au plus un signe de présomption elle pourra indiquer la mise en œuvre d'une épreuve de vérification, qui seule permettra une conclusion certaine.

II

Le diagnostic différentiel devra être fait avec :

Les œdèmes cardiaques : il suffira d'y penser pour ne pas commettre la confusion. Les œdèmes cardiaques sont bilatéraux, plus durs que les œdèmes de striction, ils atteignent leur plus grand développement à la fin de la journée (et non au début comme bien souvent les œdèmes simulés). Enfin, l'examen des viscères et du cœur, méthodiquement pratiqué chez tous les malades ne permettra pas de méconnaître les symptômes de l'asystolie.

Les *œdèmes albuminuriques* seront aussi facilement dépistés. Eux aussi sont bilatéraux, ils s'accompagnent de bouffissure de la face et des autres signes de la néphrite.

Les *lésions vasculaires d'un membre, varices, phlébite, artérite* devront aussi être éliminées. Les varices sont également la plupart du temps bilatérales ; si de gros paquets variqueux n'imposent pas l'attention du clinicien, on peut toujours trouver des varicosités, indice de varices profondes. — La phlébite et l'artérite, lésions inflammatoires reconnaissent souvent pour cause un état fébrile antérieur, débutent avec douleur et fièvre.

Il y aura lieu aussi de ne pas confondre l'œdème de striction avec un *phlegmon*. Quoique le diagnostic paraisse évident, il devra être fait soigneusement puisque

Leri et Roger (1) signalent un cas d'erreur. — On pourra se rappeler utilement de la limite supérieure brusque de l'œdème de striction.

L'*œdème segmentaire de Quincke* sera assez facilement différencié de l'œdème par striction. Il consiste dans l'apparition soudaine dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, de tuméfactions œdémateuses circonscrites de 2 à 3 cm de diamètre, avec disparition rapide des accidents, siège fréquent à la face, atteinte des muqueuses, récidives, tous caractères bien différents de ceux de l'œdème de striction.

L'œdème *pseudo-phlegmoneux* de Guyon et Kirmisson ne nous retiendra guère. C'est un gonflement plus ou moins étendu accompagné de rougeur de la peau, d'élévation de la température locale, précédé en général de douleurs assez intenses.

Le *trophœdème* pourrait donner lieu plus facilement à confusion : c'est un œdème chronique à disposition segmentaire, apparaissant sans cause et persistant indéfiniment ; il frappe les membres inférieurs ; il est dur et indolore. On se rappellera utilement que l'œdème de striction a une limite supérieure très nette avec souvent un bourrelet et un sillon de striction.

Nous nous en voudrions de passer sous silence la communication que Lebar (2) fit en 1915 sur l'œdème hystérique. Nous rapportons ici la conclusion de cette page sans vouloir rien y ajouter :

(1) *Leri et Roger loc. cit.*

(2) *Lebar, loc. cit.*

« Ainsi voici un malade qui deux jours après une blessure superficielle de l'avant-bras n'ayant intéressé en rien les troncs moteurs du membre supérieur fait une paralysie névropathique de la main et des doigts. En même temps apparaît un œdème important de la main et des doigts s'arrêtant au poignet. Ces phénomènes persistent tels quels malgré huit mois de traitement électrique et mécanothérapique ».

Lebar élimine alors les diverses catégories d'œdème dont nous avons parlé à la page précédente, puis par la pose d'un pansement inamovible et une surveillance constante, l'œdème de striction, et il ajoute ensuite :

« Nous admettons l'existence d'un œdème névropathique dont les conditions d'apparition et de persistante ténacité restent encore inexplicables » ..... « Les caractères de cet œdème apparaissent en même temps qu'une paralysie fonctionnelle de la main et des doigts et exactement superposé à elle, le retour complet de la motilité et de la sensibilité, la diminution parallèle et concomitante de l'œdème à la suite d'une thérapeutique inconnue du malade qui a fortement frappé son imagination (il s'agissait de mouchetures représentées comme un traitement nouveau et très efficace) et du jour au lendemain levé ce barrage de la volonté qui est un des attributs de la grande névrose, l'hypothèse de fraude définitivement écartée, tous ces faits nous conduisent à supposer que l'œdème hystérique ne doit pas être rayé du cadre nosologique ».

*
* *

Pour terminer, nous recommanderons une surveillance toujours plus attentive du malade que l'on soupçonne de simulation. Sachant que des œdèmes non provoqués peuvent ne s'accompagner d'aucun trouble organique, on redoublera de circonspection, on recherchera les signes accessoires (méthode oscillométrique, traces de striction). — On appliquera un appareil plâtré vérificateur, on soumettra le malade au massage longtemps continué et on aura enfin la ressource d'appliquer comme Lebar, un traitement simple et anodin, qui aura surtout le mérite d'être inconnu du malade et de le frapper vivement. L'outillage des centres de neurologie si varié et si plein de mystère pour les malades, aura pu être employé avantageusement pendant la guerre.

PRONOSTIC

Dans l'étude d'ensemble que Sicard et Cantaloube (1) ont faite des œdèmes de striction volontaire, on peut lire que ces œdèmes évoluent suivant deux étapes : dans la première, l'infiltration œdémateuse est encore suceptible de régression ; dans une deuxième étape au contraire, l'œdème s'organise, la parésie globale du segment terminal du membre survient, la rétrocession des réactions œdémateuses sera désormais très lente à se faire, ou même restera irréductible, alors même que toute cause de striction aura disparu depuis longtemps. Sicard et Cantaloube résument cette situation d'un mot, en disant que « les simulateurs sont pris à leur propre piège ».

Cette notion d'une incurabilité relative après une striction prolongée, ressort également de l'étude de Mériel (2) qui contient, comme nous l'avons vu, onze

(1) Sicard et Cantaloube, *loc. cit.*

(2) Mériel, *loc. cit.*

observations. Dans la huitième et la neuvième, les malades ont été soumis à l'épreuve de l'appareil plâtré, et après enlèvement de celui-ci, il persiste une « infiltration dure de la peau » dans le premiercas, une « induration des ligaments au niveau du métatarse » dans le second.

La première observation que nous avons rapportée, celle du soldat M..... plaide aussi en faveur de cette assertion. Sa feuille d'évacuation contient en effet : Contracture ischémique partiellement provoquée des doigts de la main droite avec œdématiation des tissus. Etat définitif malgré suppression de la ligature et interventions chirurgicales multiples.

*
* *

Il est assez difficile de savoir au bout de combieu de temps, un œdème cesse d'être curable par la disparition de la cause qui l'a provoqué. Nous nous contenterons de citer à ce sujet quelques résultats, sans conclure :

Ménard (1) rapporte l'histoire d'un gros œdème du membre inférieur, datant de 17 mois, qui guérit en sept jours par suite de la publicité donnée à une plainte en conseil de guerre contre un simulateur d'œdème par striction volontaire.

Leri et Roger (2) citent une guérison par appareil plâtré après 7 mois, et une autre après 6 mois.

Dans notre troisième observation, le même résultat est obtenu après 10 mois de striction.

(1) Ménard, *loc. cit.*
(2) Leri et Roger, *loc. cit.*

Ces observations sont en faveur d'une bénignité se prolongeant longtemps. Par contre, il existe des cas tendant à faire admettre que le jeu est rapidement dangereux. C'est ainsi que les malades de nos observations IV et V ont vu, le premier après sept mois, le second après un an, leur infirmité persister en dépit des soins reçus. Pour l'observation IV, il s'agit seulement d'un œdème persistant aux deux dernières phalanges des doigts. Quant au malade de l'observation V, plus gravement atteint, « il tient continuellement sa main en bénitier et présente une véritable contracture de l'avant-bras.

Il est donc permis de dire que les œdèmes par striction volontaire, constituent une lésion dont le pronostic peut devenir sérieux pour l'avenir du membre. Aussi la question s'est-elle souvent posée au cours de la guerre, du sort que l'on devait réserver à ces simulateurs. Il semble qu'assez rarement des plaintes en conseil de guerre aient été portées. On s'est contenté de renvoyer les malades au dépôt ou de les réformer sans pension. Nous ne permettrons pas ici d'émettre une critique, nous dirons seulement que le conseil de guerre a souvent été évité aux malades, parce qu'une blessure coexistant à l'œdème laissait quelque place au doute sur la pathogénie de la lésion.

TRAITEMENT

Il faudra ici comme dans toute autre affection, prévenir, et si cela n'est pas possible, guérir.

Comment prévenir ? Il semble qu'un seul moyen soit efficace, c'est la surveillance aussi constante que possible, car comme l'ont écrit Leri et Roger (1) « la crainte même du conseil de guerre n'est pas suffisante toujours, pour empêcher la simulation chez des individus qui n'ont pas redouté une intervention chirurgicale avec anesthésie générale (1). C'est que si le conseil de guerre est à juste titre redouté, combien plus effrayante peut-être pour certains cerveaux timorés, la perspective de retourner au feu. Il faudra donc veiller. Quand on aura des motifs de douter d'un blessé, tous les moyens seront à employer, visite à jour indéterminé, inspection de nuit, examen du paquetage.

La lésion étant déclarée, le meilleur traitement sera la

(1) Leri et Roger, *loc. cit.*

mise en place d'un appareil plâtré. Tous les auteurs l'ont utilisé avec avantage et, selon l'expression de Leri et Roger, ont pu voir grâce à lui « dégonfler comme une outre les membres les plus monstrueusement éléphantiasés ». Cet appareil fait simplement de bandes roulées autour du membre sans compression aucune, devra enfermer tout le membre, et aussi le thorax ou le bassin, dans une gaîne aussi inextensible qu'incompressible. Nous avons vu au chapitre du pronostic que les résultats de ce traitement, pour être bons dans l'ensemble des cas, ne laissent pas que d'être souvent imparfaits.

Aussi a-t-on utilisé d'autres moyens, parmi lesquels on peut citer le massage, la mobilisation, la balnéothérapie. Enfin l'opération de Leriche et le drainage féliforme préconisé par Walther (1), et dont la technique a déjà été exposée (v. pathogénie), pourront être utilisés.

*
* *

Avec la guerre ne finiront pas, malheureusement, les tentatives de simulation. La loi du 9 avril 1898, offre à une multitude d'individus, des occasions constantes de mettre en application les principes que la guerre leur a appris à ce sujet. Les médecins civils et en particulier les médecins d'usine, auront donc certainement affaire à des œdèmes de striction. Si en effet le bénéfice à retirer de la simulation est moindre que pendant la guerre, on est obligé de reconnaître que les risques à courir pour le

(1) Walther, *loc. cit.*

simulateur, sont à peu près nuls. On devra dans les hôpitaux civils exercer à ce sujet la même surveillance qne dans les hôpitaux militaires, et ce sera un des multiples inconvénients durables de cette guerre de quatre ans.

CONCLUSIONS

1) En présence d'un œdème de cause indéterminée, il faut toujours penser à la possibilité d'un œdème de striction.

2) Si l'on se trouve en présence d'un semblable œdème suspect, il faut exercer sur le blessé une surveillance, non seulement de jour, mais même de nuit.

3) A moins de surprendre le blessé sur le fait, on ne peut arriver qu'à un diagnostic de probabilité mais qui, dans certains cas, équivaut presque à une certitude.

4) Les moyens de s'opposer à la production de ces œdèmes seront prophylactiques (s'abstenir de pansement trop serré, surveillance et au besoin menaces de sanctions, appel au sentiment du devoir ou de l'honneur pour un soldat). Leur traitement consistera dans la pose d'un plâtre (qui sera en outre un élément de diagnostic), le drainage filiforme, le massage et la mobilisation.

5) Comme il est souvent difficile chez un sujet déjà blessé au membre malade, de faire la part exacte de la supercherie, on devra ne recourir qu'avec beaucoup de prudence aux sanctions graves.

6) Dans le pourcentage de gratification quand il s'agit d'un blessé qui a présenté un œdème de striction volontaire, on ne fera entrer en ligne de compte pour l'évaluation du taux d'incapacité fonctionnelle, que ce qui paraît être la conséquence directe de la blessure.

Vu, le Doyen,
H. Roger.

Vu, le Président,
Jeanselme.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. Poincaré.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE LA LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
85, RUE CHABAUDY. — NIORT